

## НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГЕРОНТОЛОГИИ

<sup>1</sup>Каспрук Л.И., <sup>1</sup>Бегун Д.Н., <sup>1</sup>Жакупова Г.Т., <sup>1</sup>Снасапова Д.М.

*ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург, Россия, e-mail: [orgma@essoo.ru](mailto:orgma@essoo.ru)*

Авторы обосновали необходимость совершенствования и улучшения медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста в современных экономических условиях. Рассматривается проблема обеспечения населения доступными, безопасными и качественными гарантированными социальными услугами, продление автономной, мобильной, независимой жизни и социальной интеграции, сохранение и эффективное использование человеческих ресурсов. Представлены результаты социологического исследования (анкетирования) лиц пожилого и старческого возраста. Выявлены проблемы, влияющие на качество и доступность медицинского обслуживания, физические проблемы исследуемого контингента, а также психологические проблемы. Осуществлена оценка мобильности как важный компонент медико-социальной экспертизы, что позволяет определить качественный показатель к самостоятельному существованию лица пожилого возраста, виды и объемы медико-социальной помощи. Авторы рассматривают аспект медицинского и медико-социального обслуживания. Реализация выявленных проблем предоставления медицинской помощи и медико-социальных услуг в системе здравоохранения должна учитывать вопросы недостаточности медицинских объектов, маломощности, недостаточного кадрового обеспечения, особенности социокультурного уровня исследуемой категории населения в формате отношения к собственному здоровью.

Ключевые слова: гериатрия, социальная сфера, здоровье, уровень демографической старости, лица пожилого и старческого возраста.

## SOME RELEVANT ASPECTS OF SOCIAL GERONTOLOGY

<sup>1</sup>Kaspruk L.I., <sup>1</sup>Begun D.N., <sup>1</sup>Zhakupova G.T., <sup>1</sup>Snasapova D. M.

*State budgetary educational institution of higher professional education "Orenburg state medical University" of Ministry of health of Russia, Orenburg, Russia, email [orgma@essoo.ru](mailto:orgma@essoo.ru)*

The authors emphasised the need for improving and medico-social assistance to the elderly and senile age in modern economic conditions. Considers the problem of providing the population with affordable, safe and quality guaranteed social services, the extension of Autonomous, mobile, independent living and social integration, preservation and efficient use of human resources. Presents the results sociological research (of questioning) elderly and senile age. The problems affecting the quality and accessibility of health care, physical problems investigated contingent, as well as psychological problems. Conducted an appraisal of mobility as an important component of medical and social expertisethat allows to determine the qualitative indicator of independent existence the elderly, types and amounts of medical and social care. The authors examine the aspect of of medical and medical social services. The implementation the identified problems of of medical care and medical and social services in the health system must take account issues of insufficiency medical objects, shallow, insufficient personnel maintenance, features the sociocultural levels study population categories in the format of relations to their own health.

Keywords: geriatrics, social sphere, health, level of demographic old age, faces elderly and senile.

Специфика нынешнего состояния общества обусловлена главными принципами российской социальной доктрины:

- оптимальное сочетание рыночного подхода и социальных гарантий;
- радикальное повышение трудовой мотивации, ориентированной на все группы в целом и в отдельности на каждую подгруппу населения;

- центральное место среди социальных институтов на современном этапе занимает семья, оказывающая влияние на демографические процессы в обществе и состояние социального капитала;

- активизация местного самоуправления и организаций гражданского общества (социальные инициативы, благотворительность и др.);

- взаимодействие федеральных и региональных уровней власти в формате реализации социальной политики;

- технология социальной программы действий, стратегия и тактика в социальной политике;

- социально-демографический принцип (возрастно-половые, национально-этические аспекты состояния населения) [4].

Одной из ведущих отраслей социальной сферы является здравоохранение. При этом одним из важных элементов является медико-профилактическое и реабилитационное обслуживание лиц пожилого и старческого возраста.

Учитывая, что численность лиц пожилого и старческого возраста составляет 33% в общей структуре населения страны, состояние здоровья их значительно влияет на формирование показателей здоровья населения.

Доля лиц старше 60 лет составляет в разных странах от 19 до 24% населения. По существующим прогнозам, к 2050 году увеличится до 38-50%. При этом доля лиц в возрасте 80 лет и старше увеличится в три раза. Необходимо отметить, что в 2015 г. коэффициент экономико-демографической нагрузки достигнет показателя 0,9 на одного работающего. Доля лиц пожилого населения увеличилась за период 1999-2008 гг. на 3,5% [1].

Численность постоянного населения Оренбургской области на 1 января 2014 г. составила 2008,5 тыс. чел. (по численности населения область занимает 24 место по Российской Федерации). При этом возрастная структура нашего региона представлена следующим образом:

- лица моложе трудоспособного возраста – 18,3%;

- лица трудоспособного возраста – 59,4%;

- лица старше трудоспособного возраста – 22,3%.

Таким образом, по шкале Рассета Э., Оренбургская область относится к регионам с очень высоким уровнем демографической старости, так как доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляет выше 18% [2]. Вышеозначенные обстоятельства оказывают влияние на систему социальной защиты населения и здравоохранение, что, в свою очередь, требует

современных походов в улучшении медико-реабилитационной и социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Для пожилых пациентов характерны возрастные особенности: множественность заболеваний, длительность рецидивов, ярко выраженные органические возрастные изменения. При этом потребность в амбулаторно-поликлинической помощи и стационарном лечении выше в 2-4 раза по сравнению с лицами трудоспособного возраста. В настоящее время отмечается рост числа одиноких пенсионеров, у которых возникают депрессивные состояния, связанные, по их мнению, с недостаточной социальной защищенностью, низким уровнем пенсионного обеспечения, недостаточными гарантиями государства, недостаточным уходом, трудностями в самообслуживании, неорганизованным досугом, дефицитом общения и др.

Изучение заболеваемости лиц пожилого возраста свидетельствует:

- первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения (36%);
- второе ранговое место занимает патология нервной системы и органов чувств (13%);
- третье ранговое место - болезни органов дыхания (более 11%).

При анализе заболеваемости в зависимости от возраста выявлено, что максимум заболеваемости приходится на возраст 75 лет, затем снижается, что можно объяснить снижением обращаемости лиц пожилого и старческого возраста за медицинской помощью.

В проведенном нами социологическом исследовании (анкетировании) 105 лиц пожилого и старческого возраста (из них 50,5% мужчин (53 чел.) и 49,5% женщин (52 чел.)) выявлены проблемы, влияющие на качество и доступность медицинского обслуживания. Так, 97,1% (102 чел.) респондентов отметили недостаточное внимание к пожилым и престарелым пациентам. Большие очереди на консультации к узким специалистам и на госпитализацию отмечают 87,6% (92 чел.). При этом 79% (83 чел.) анкетированных полагают, что у врачей и сестринского медицинского персонала отсутствует мотивация в обслуживании лиц пожилого и старческого возраста, и в результате снижается обращаемость за медицинской помощью.

Из физических проблем респонденты отметили следующие:

- 90 чел. (85,7%) - слабость;
- 67 чел. (63,8%) - болевые ощущения;
- 51 чел. (48,6%) – затруднение дыхания;
- 50 чел. (47,6%) - расстройство выделительных функций организма;
- 5 чел. (4,8%) - отвращение к пище.

Среди психологических проблем анкетированные выделили депрессию (4,8%), тревогу (6,7%), страдание (19%), страх (около 50%), 49,5% пациентов воспринимают себя как обузу для родственников.

Для исследуемой группы важным параметром является способность передвигаться – мобильность. Среди анкетированных респондентов получены следующие результаты:

- передвигаются без ограничений 6 человек (5,7%),
- ежедневные прогулки могут совершать 20 человек (19%),
- совершают случайные прогулки – 24 чел. (22,9%),
- совершают прогулки, ограниченные двором – 33 чел. (31,4%);
- ограничены жилищем – 22 чел. (21%). Из них ограничены пределами квартиры 15 чел. (68,2%). При этом примерно поровну передвигаются свободно по квартире и передвигаются по квартире с необходимыми приспособлениями. Ограничены пределами комнаты 8 чел. (38,1%), из них лежачие больные - 2 чел., что составило 25%, а так называемые узники комнаты составили 6 чел. (75%).

Увеличение ограничения подвижности и длительности ее приводят к еще большей зависимости от посторонней помощи у лиц пожилого и старческого возраста. Оценка мобильности представляется как важный компонент медико-социальной экспертизы. Определение степени независимости активности дневной жизни позволяет определить качественный показатель к самостоятельному существованию лица пожилого возраста и в связи с этим определить виды и объемы медико-социальной помощи.

Ухудшение состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста приводит к снижению их мобильности и функционального статуса (так называемая лестница старения). В связи с этим необходим комплекс соответствующих лечебных мероприятий, осуществляющих возможность для пациента подняться на более высшую «ступень» либо купировать заболевание, стабилизировать состояние и не допустить прогрессирования заболевания [5].

Инвалиды и лица пожилого возраста составляют подавляющее большинство клиентов учреждений здравоохранения, медико-социальной экспертизы и медико-социального обслуживания. Уровень первичной инвалидности в пенсионном возрасте значительно выше (более чем в 3 раза), чем в трудоспособном возрасте, и составляет от 228,6 до 278,1 инвалидов на 10 тыс. лиц пенсионного возраста [3].

Медико-социальная экспертиза в значительной мере влияет на реализацию прав тех или иных указанных категорий на получение социальных услуг. Сегодня широко обсуждается проблема модернизации института медико-социальных экспертиз, поскольку

его нынешнее состояние не удовлетворяет возрастающим запросам на соответствующие услуги как граждан, так и разных заинтересованных структур (пенсионных, страховых, судебных, работодателей, занятости и др.). Целенаправленное преобразование системы предоставления медицинской помощи и социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста предусматривает совершенствование действующего законодательства. В силу чего возникло много разных предложений по изменению нормативно-правового регулирования в этой области, а также изменению статуса этого института.

Для всех инвалидов и пожилых людей востребованными являются медицинские и медико-социальные услуги. Их значение велико как для сохранения жизни и здоровья, так и для поддержки их социальной активности. Поэтому эти услуги для данной категории и относятся к социальным услугам. Острой проблемой является обеспечение инвалидов и граждан пожилого возраста в постороннем уходе в специальных учреждениях и на дому. Эту миссию берет на себя система социального обслуживания, ряд общественных организаций (Красный крест, религиозные общины и др.). Учитывая достаточно большую потребность в медико-социальном и социальном уходе, необходимо создавать специальные школы младших медсестер по уходу за лицами пожилого возраста и инвалидами [2; 3].

В настоящее время исследователи [3] полагают, что при проведении системных преобразований в социальной сфере целесообразно учитывать следующее:

- все преобразования, проводимые в социальной сфере, необходимо осуществлять на основе социальной доктрины;
- все преобразования социальной сферы должны осуществляться на основе предварительной апробации в субъектах РФ в рамках пилотных проектов;
- формирование социальной доктрины страны требует отказа от дискриминации по любым половозрастным признакам и строгого соблюдения международных норм в сфере социальной защиты граждан (Мадридское соглашение);
- в условиях неизбежного старения населения и возрастании числа лиц пожилого и старческого возраста с растущей экономической нагрузкой на работоспособные группы граждан страны социальная доктрина должна стать основой разработки научной концепции социальной геронтологии с последующим формированием и развитием единой геронтологической службы России;
- модернизация системы социальной защиты граждан страны нуждается в переориентации с «проектного» подхода на системно-программный принцип реформирования всей социальной сферы;

- разработка законодательной базы новой социальной политики в стране должна осуществляться при условии межотраслевого и межведомственного взаимодействия на основе отечественной социальной доктрины.

В процессе развития системы первичной медико-санитарной помощи следует предусматривать повышение качества специализированной медицинской помощи данным категориям населения. При организации системы этой помощи надо учитывать распространенность среди инвалидов и лиц пожилого возраста тех или иных нарушений здоровья. Прежде всего, это касается сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Выявление этих нарушений должно происходить как можно раньше, что позволит продлить жизнь и социальную активность таких людей. Это, в свою очередь, минимизирует нагрузку на членов семьи по уходу за больным человеком.

Среди потока пациентов поликлиник инвалиды и пожилые люди, с точки зрения внимания врачей, требуют не только медицинского, но и социального обслуживания, в связи с чем стоит рассмотреть вопрос сетевого медицинского и совмещенного с ним медико-социального обслуживания этого контингента граждан.

Реализация обозначенных выше приоритетов преобразований предоставления медицинской помощи и медико-социальных услуг в системе здравоохранения должна учитывать ряд факторов, включая недостаточность медицинских объектов, маломощность их и неуккомплектованность кадрами во многих малых городах и поселениях, а также недостаточно высокий социокультурный уровень значительной части данной категории населения в формате отношения к охране своего здоровья.

Таким образом, актуальной проблемой, обусловленной демографическими процессами, является быстрое постарение населения. Доля лиц старше 60 лет составляет 19-24% населения, к 2050 г. нынешнего столетия прогнозируется увеличение ее в 2 раза, а доли лиц возраста 80 и более лет – в 3 раза. Пожилые люди более, чем другие группы населения, нуждаются в медицинском и социальном обеспечении, чаще болеют и потребляют больше бюджетных средств.

Проблемы, создаваемые постарением населения в России, весьма ощутимы: к 2015 г. коэффициент экономико-демографической нагрузки увеличится до 0,9 на одного работающего. На одного работающего будет приходиться 1 нетрудоспособный, требующий больших средств на свое обеспечение. В системе социальной защиты населения и здравоохранения требуется обновление существующих задач и формирование современных подходов, направленных на улучшение медико-реабилитационной и социальной помощи пожилому человеку.

Обеспечение населения доступными, безопасными и качественными гарантированными социальными услугами – это путь к продлению автономной, мобильной, независимой жизни и социальной интеграции, сохранение и эффективное использование человеческих ресурсов, реализация прав человека в социальной сфере. В сложных современных экономических условиях необходимо совершенствование и улучшение медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Развитие и внедрение в практическую деятельность социальных учреждений инновационных социальных технологий предполагает создание новой системы показателей в области социального обслуживания.

### Список литературы

1. Артемьева Г.Б., Гехт И.А. Постарение населения и некоторые вопросы организации первичной медицинской помощи в системе ОМС // ГлавВрач. - 2013. – Т. 22. - № 1. – С. 21-26.
2. Каспрук Л.И., Золотухина С.А. Особенности демографической ситуации в субъекте Российской Федерации (на примере Оренбургской области) // Социология медицины. – 2014. - № 1. – С. 35-38.
3. Пузин С.Н., Храпылина Л.П., Кудрявцев В.В., Каплан М.З., Лаптева А.Е. Предоставление медицинской помощи и медико-социальных услуг инвалидам и лицам пожилого возраста в Российской Федерации. Современные возможности и перспективы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. - № 1. – С. 3-5.
4. Римашевская Н.М. Базисные принципы социальной доктрины России // Народонаселение : ежеквартальный научный журнал. – 07/ 2005. - № 3. – С. 5-20.
5. Шабалин В.Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации // Успехи геронтологии. – 2009. - № 1. – С. 185-195.

### Рецензенты:

Кузьмин С.А., д.м.н., профессор кафедры медицины катастроф ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Оренбург;

Канюков В.Н., д.м.н., профессор, директор Оренбургского филиала ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова, г. Оренбург.

